

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1908 à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE

PAR LE

CURAGE DIGITAL, SUIVI D'ÉCOUVILLONNAGE

PAR

Edmond MASSICOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Président :	M. RIBEMONT DESSAIGNES	} Professeurs	
Juges. . . }	MM. POZZI		
	DE LAPERSONNE		} Agrégé
	JEANNIN		

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M. LANDOUZY.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....		GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....		QUENU.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		GILBERT-BALLET.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		BERGER.
		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....		de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGREY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le DOCTEUR BLUM

Ex-chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. le DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'Hôpital Laennec

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTMANN

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

M. le DOCTEUR CUFFER

(In memoriam)

M. le DOCTEUR KLIPPEL

Médecin de l'Hôpital Tenon

M le PROFESSEUR AGRÉGÉ MAYGRIER

Accoucheur de la Maternité

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur
qu'il nous fait d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Le traitement de l'infection puerpérale est local et général.

a) *Local*, il consiste à détruire le foyer d'infection et à arrêter ainsi le développement de la maladie.

b) *Général*, il consiste à soutenir la défense de l'organisme.

Le premier surtout est efficace, mais à la condition d'être institué de bonne heure, alors que l'infection est encore localisée à l'utérus. Plus tard, en effet, l'infection se généralise, les toxines envahissent l'organisme tout entier ; en intervenant, on supprime bien le foyer microbien, mais il faut encore lutter contre l'infection généralisée et les chances de succès deviennent de moins en moins grandes.

Il convient donc de débarrasser rapidement l'utérus des germes pathogènes qui l'ont envahi ; on y parvient, grâce aux moyens suivants :

Injectons intra-utérines antiseptiques.

Nettoyage de la cavité utérine, soit à la curette, soit aux doigts.

Nous avons eu surtout l'occasion de voir pratiquer *le curage digital, suivi d'écouvillonnage*, dans le service de M. Maygrier, à la Charité, et nous avons pu constater les brillants résultats donnés par cette méthode de traitement.

Aussi avons-nous essayé de faire du traitement de l'infection puerpérale par le curage digital, suivi d'écouvillonnage, le sujet de cette modeste étude. Nous apportons à l'appui quelques observations prises pendant notre stage et grâce à l'amabilité de M. Metzger, interne des hôpitaux, que nous ne saurions trop remercier.

DIAGNOSTIC

L'infection puerpérale présente toujours deux étapes bien distinctes :

1^o Etape utérine ;

2^o Etape de généralisation : soit péritonéale, soit septicémique, ou pyohémique.

Elle se développe grâce aux germes les plus divers qui pénètrent au niveau du canal génital de la nouvelle accouchée et ne tardent pas à envahir la cavité utérine. Sur une coupe d'un utérus infecté, on trouve, au début : une zone superficielle de la muqueuse semée de nombreux germes ; au-dessous, une zone où la muqueuse nécrosée est en voie de dégénérescence ; plus profondément, une zone remplie de leucocytes, sortis des vaisseaux par diapédèse, et qui ne renferme pas de microbes : véritable *barrière de défense* contre l'infection.

A cette période d'endométrite localisée, et grâce à cette barrière de défense, il est possible de détruire les germes avant leur pénétration dans les voies sanguines et lymphatiques ; mais il faut agir vite ; plus

tard, en effet, les germes envahissent la paroi musculaire, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, le tissu cellulaire sous-péritonéal et enfin l'économie toute entière ; le muscle perd sa tonicité et devient d'une friabilité extrême.

Il est donc indiqué d'abraser au plus vite la muqueuse envahie en nettoyant rapidement la cavité utérine ; car, plus on attendra, et moins on aura de chances de succès ; l'infection va se généraliser, les toxines envahir l'organisme et si l'intervention supprime bien le foyer microbien, on aura en outre à lutter contre l'infection générale. Il faut donc avant tout, dépister l'infection alors qu'elle est encore localisée à l'utérus. Du diagnostic précoce dépend le traitement précoce, surtout efficace et par conséquent le pronostic.

C'est généralement vers le 3^e ou le 4^e jour après l'accouchement, que les accidents éclatent, par un grand frisson ou de petits frissonnements ; la température s'élève progressivement par une série d'oscillations à 38, 39°, rarement, brusquement ; le pouls suit la marche de la température. Les malades accusent de la céphalée, des douleurs abdominales spontanées ou provoquées par le palper. Les lochies se modifient ; au lieu d'avoir leur aspect rouge habituel, leur fluidité normale et leur odeur un peu fade, elles deviennent brunâtres et crémeuses et présentent une odeur plus ou moins fétide.

Le palper montre que l'utérus est plus gros qu'il ne devrait être et légèrement douloureux.

Le toucher révèle la *perméabilité du col*.

Budin accorde une grande valeur à ce signe.

Tandis que dans les suites de couche normale, l'utérus revient assez vite sur lui-même et l'orifice interne du col se ferme rapidement, lorsque la muqueuse utérine est malade au contraire, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées et l'on pénètre facilement avec les doigts dans la cavité du corps. On peut y trouver, soit des caillots, soit des débris de cotylédons ou de membranes, ou au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, des parties saillantes qui se détachent plus ou moins facilement. Et Budin ajoute que toutes les fois que l'orifice interne du col est fermé, on peut être presque complètement assuré que la muqueuse du corps n'est pas infectée.

Pour éviter une intervention inutile et avant de localiser l'infection à l'utérus, on aura soin d'éliminer certaines affections : la *lymphangite* des seins s'annonce brusquement par un frisson, et une élévation de température à 40°, puis une chute brusque à la normale ; la *galactophorite*, dont la courbe ressemble à celle de l'infection puerpérale ; mais l'expression fera sourdre du pus par le mamelon.

Enfin, on pensera aux *lésions de la vulve*, du *vagin*, qui peuvent être la cause de l'élévation de température et qui peuvent, si on ne fait pas une antisepsie rigoureuse, se couvrir de fausses membranes, d'escharres, et devenir le point de départ d'accidents graves.

On songera encore à la *phlegmatia alba dolens*.

Lorsqu'il s'agit d'*avortements*, il est assez rare de suivre l'évolution de l'infection ; la femme arrive généralement à l'hôpital déjà infectée. C'est l'infection depuis sa forme la plus légère jusqu'à sa forme la plus grave se traduisant d'ordinaire par une péritonite septique. Dans le premier cas, la température varie entre 38 et 40° ; un pouls entre 100 et 130 pulsations à la minute. A l'examen, on constate une hémorrhagie plus ou moins abondante, au toucher un col entr'ouvert ou largement perméable, et le placenta ou ses débris.

On aura soin d'interroger la femme et de rechercher, surtout, si l'on est en présence d'un avortement criminel ; car, il y a lieu, dans ce dernier cas, d'intervenir rapidement.

INDICATIONS

Dans les suites de couches, ou dans les suites de fausses couches, dès que le diagnostic d'infection puerpérale est posé, il est donc indiqué de nettoyer et d'antiseptiser la cavité utérine.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine, en juillet 1901, Budin, préconisant comme méthode de traitement le curage digital suivi d'écouvillonnage, en a posé les indications.

1° Si on constate par le toucher la présence de caillots plus ou moins altérés, plus ou moins odorants, et si la muqueuse utérine est lisse, sauf bien entendu au niveau de la plaie inter-utéro-placentaire, où cependant les tissus sont fermes et résistants, il peut suffire d'enlever ces caillots et de faire des injections intra-utérines antiseptiques pour voir la température s'abaisser et la guérison survenir.

2° Si le doigt qui a pénétré dans l'utérus y constate la présence de débris, caduque, hypertrophiée; surtout au niveau de l'insertion placentaire, débris

— —

de membranes, de cotylédons, on peut être assuré que la muqueuse est infectée et on doit recourir au *curage digital* suivi d'*écouvillonnage*.

3° Quand l'infection date de plusieurs jours, ce dernier traitement est moins efficace, car il y a déjà infection générale.

On aura donc recours au nettoyage de l'utérus toutes les fois que l'injection intra-utérine aura été insuffisante à faire céder les accidents infectieux et toutes les fois qu'il y reste quelques débris.

Comme les résultats deviennent de moins en moins favorables à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection, Budin arrive à dire :

« Si une femme accouche ou fait un avortement alors que les membranes sont rompues depuis plusieurs jours, si l'écoulement du liquide amniotique est fétide, et s'il reste des débris de cotylédons, de caduque dans la cavité utérine, il faut de suite, même si la température est peu élevée, faire le *curage digital*, suivi d'*écouvillonnage* ». C'est le *nettoyage prophylactique*.

Si dans les suites de couche, l'infection est de plus en plus rare, grâce à une asepsie rigoureuse, il n'en est plus de même dans les suites de fausses couches, dans les trois ou quatre premiers mois, où l'infection est de beaucoup la plus fréquente, surtout s'il s'agit d'avortements criminels.

Les traumatismes septiques, l'absence des soins de propreté, l'entrée tardive à l'hôpital, sont autant de

causes d'infection, qui commandent en général une intervention précoce.

Les avortements des premiers mois, en effet, peuvent passer inaperçus ; la femme arrive à l'hôpital, perdant du sang depuis plusieurs jours, ne s'étant pas soignée, ou mal soignée, et présentant tous les signes d'un avortement fait ou en train de se faire et souvent une température de 38 à 40° et des lochies fétides.

Dans d'autres cas, la femme cache sa fausse couche, ne se soigne pas et vient à l'hôpital avec une hémorrhagie ou de l'infection.

Dans le cas d'avortements criminels, les complications sont encore plus fréquentes et, en dehors des l'infection, on peut rencontrer des traumatismes des organes génitaux et même la perforation de l'utérus.

D'après M. Maygrier (1), les indications de l'intervention sont :

1^o Accidents graves, à savoir : hémorrhagie, septicémie ;

2^o Grossesses gémellaires ;

3^o Cas où il y a lieu de croire à des manœuvres abortives ;

4^o Quand la rétention date de trois ou quatre jours et que le col se ferme, dans ce cas il y a lieu de re-

(1) Société obstétricale et gynécologique de Paris. 8 juillet 1897

douter des accidents ; on voit des femmes revenir avec des hémorrhagies formidables.

Mais M. Maygrier insiste surtout sur *l'avortement criminel*, car les accidents doivent être à juste titre redoutés. Le pronostic s'assombrit de plus en plus au fur et à mesure que le traitement des accidents est institué plus tardivement. Par conséquent, il faut *agir vite*, quand on se trouve en présence d'une fausse couche provoquée, sous peine de voir la femme succomber malgré le traitement.

« Aussi la conduite à tenir me semble-t-elle devoir se résumer ainsi : en présence d'un avortement inévitable, ou fait en partie, dont l'origine est due manifestement à des manœuvres abortives ou simplement suspectes, et alors même qu'il n'existe aucune complication, je considère qu'il est indiqué de procéder à l'*évacuation précoce* de l'utérus. A plus forte raison, cette évacuation précoce est-elle indiquée lorsqu'il existe des accidents septiques. En agissant, si on le peut, avant même l'éclosion de toute manifestation infectieuse, on donnera à la femme de plus grandes chances de salut : c'est une considération sur laquelle on ne saurait trop insister » (1).

(1) Annales de la Société obstétricale de France, 1902.

TRAITEMENT

Dans les deux chapitres précédents, nous avons essayé de montrer que dès que l'on constate des phénomènes d'infection puerpérale, l'indication se pose de nettoyer l'utérus ; que si, dans quelques cas, les injections intra-utérines peuvent suffire, la plupart du temps, il faut agir plus énergiquement ; mais tandis que certains accoucheurs préfèrent le curetage instrumental, d'autres préconisent le curage digital ; on fait suivre généralement l'une ou l'autre de ces opérations d'un écouvillonnage. C'est surtout le curage digital que nous avons vu employer dans le service de M. Maygrier. Aussi insisterons-nous particulièrement sur cette méthode de traitement et sur les résultats qu'elle fournit.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

Dans les cas légers, le lavage de la cavité utérine avec une solution antiseptique peut enrayer les acci-

dents et on peut assister à la chute brusque de la température.

On pourra se servir d'une sonde à double courant de Budin, dont l'extrémité arrondie permet d'éviter la perforation de l'utérus, et dont la cannelure, située à la partie inférieure, assure d'une façon absolue, même lorsque le col se contracte, le retour du liquide. Aussi la pression à l'intérieur de l'utérus est celle qu'on veut bien lui donner avec la hauteur du bock à injection. Donc, dit le Dr Perret, pas de liquide pénétrant dans le péritoine, pas de choc, pas de syncope comme avec d'autres sondes (1).

Les antiseptiques à employer sont l'iode, surtout la solution suivante.

Iode.	.	:	:	3 grammes
KI.	.	:	:	6 grammes
Eau.	.	:	:	1000 grammes

Le permanganate en solution au 1/1000.

L'eau oxygénée à 10 volumes.

La liqueur de Labarraqué : 2 cuillerées par litre.

Mais les injections intra-utérines sont souvent insuffisantes, et si après une ou deux injections, la température ne tombe pas, il vaut mieux nettoyer l'endomètre au moyen du curage.

(1) Annales de la Société obstétricale de France 1902.

CURETTAGE INSTRUMENTAL

En France, c'est M. Doléris qui, le premier, l'a employé dans les accidents post-abortifs, et qui ensuite a appliqué la même méthode au Traitement de l'infection puerpérale. Depuis, la curette a de nombreux partisans : MM. Charpentier, Chartier (thèse 1889).

Si certains auteurs le pratiquent d'emblée, d'autres, ainsi que l'ont conseillé Chaleix et Audebert, le font précéder d'un curage digital.

Pour pratiquer le curettage, on commence par placer une valve sur la fourchette, on abaisse l'utérus au moyen d'une pince de Museux et on dilate le col s'il y a lieu. La curette est introduite doucement jusqu'au fond de l'utérus et on fait un raclage méthodique des parois de la cavité du col. Mais on aura soin de ne *racler que légèrement* et de ne pas attendre, comme l'ont conseillé certains auteurs, le cri utérin. On termine généralement l'opération, soit par un écouvillonnage, soit par une injection antiseptique.

Pratiqué par une main experte et si l'on a soin de toujours placer une main sur le fond de l'utérus pour savoir à tout moment où se trouve l'extrémité de l'instrument, le curettage donne des résultats très satisfaisants. Mais pourtant cette opération n'est pas exempte de dangers ; aussi de nombreux accoucheurs, et parmi eux, Budin, se sont prononcés contre elle.

La curette est aveugle, dit Budin. M. Porak ne l'admet pas parce qu'il n'est pas habituellement aisé de la manœuvrer sous le contrôle du doigt.

La curette peut être insuffisante à bien nettoyer la cavité utérine. Elle ne nettoie pas les angles dièdres formés par la réunion des faces utérines et les cornes restent en dehors de l'atteinte de l'instrument. En outre, la curette dirigée de haut en bas enlève des bandes de muqueuse utérine, et il reste souvent entre ces bandes des parties qui ne sont pas détachées. Des faits nombreux montrent, qu'après un curettage méthodique, on a laissé des débris dans l'utérus, parties de muqueuse, des membranes et même des cotylédons placentaires non décollés.

Le curettage peut aussi provoquer des hémorrhagies mais le gros reproche qu'on lui adresse, c'est de produire des *perforations utérines*. Le danger serait surtout à craindre, après un accouchement, dans les vastes utérus infectés où le muscle est extrêmement friable et les parois très amincies par endroits.

En résumé, il paraît dangereux de se servir systématiquement de la curette nous croyons qu'il est préférable de pratiquer le curage digital, cette opération étant d'une innocuité absolue et donnant d'excellents résultats ; dans les cas où il serait impossible d'enlever les débris placentaires avec les doigts, on serait autorisé à se servir de la curette, mais à une condition, dit M. Maygrier, c'est en guidant l'instrument sur le doigt déjà introduit dans la cavité utérine.

CURAGE DIGITAL. — ECOUVILLONNAGE

Le curage digital consiste dans l'exploration de la cavité utérine, et l'extraction de tous les débris qui s'y trouvent ; on complète presque toujours par un écouvillonnage et un attouchement à la glycérine créosotée.

Il ne présente pas les mêmes inconvénients que le curettage instrumental. Outre qu'il permet de rectifier et de compléter le diagnostic.

1^o *Il n'offre aucun danger* ; grâce aux doigts introduits dans la cavité utérine et à la main abdominale, on sait constamment ce qu'on fait ; on apprécie l'état de la muqueuse, l'épaisseur du muscle, sa consistance, ses irrégularités ; on reconnaît les parties amincies ; on ne court ainsi aucun risque de perforation.

2^o Il permet de *nettoyer sûrement l'utérus* ; les doigts explorent les différents recoins de la cavité utérine, détachent tous les débris et ne cessent leur travail qu'après avoir reconnu la parfaite netteté de la muqueuse.

« Le doigt avec la sensibilité tactile qui lui permet

d'explorer la cavité utérine, d'y voir pour ainsi dire, est bien supérieur à tous les instruments. » (1)

Si on a pu reprocher à cette opération d'être douloureuse, longue et difficile, elle présente en tous cas l'avantage d'une plus grande sécurité.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine en Juillet 1901, Budin a décrit le curage digital suivi d'écouvillonnage, méthode à laquelle il a recours depuis 1892.

Manuel opératoire. — Il est presque toujours nécessaire que la malade soit complètement anesthésiée ; en effet, pour que la main abdominale puisse abaisser l'utérus et l'amener au-devant de la main vaginale, ce qui est indispensable, il faut une paroi abdominale souple ; de plus l'introduction de la main dans le vagin est nécessaire si l'on veut explorer à fond la cavité utérine ; or, l'étroitesse de la vulve et la résistance du releveur s'y opposent souvent, surtout chez les primipares, si on ne fait pas d'anesthésie. A la rigueur, on pourrait se passer d'endormir les malades multipares à paroi abdominale souple et dont l'utérus n'est pas trop volumineux.

La malade étant mise en position obstétricale, la vulve sera rasée, sayonnée, lavée à l'eau chaude, alcool et sublimé ; le vagin sera savonné et irrigué avec une solution antiseptique. Le rectum et la vessie seront évacués.

(1) Lucas. Thèse de Paris, 1896.

L'abdomen étant recouvert d'un champ stérilisé, la main gauche de l'opérateur déprime la paroi abdominale et refoule l'utérus de haut en bas, en quelque sorte au-devant de la main vaginale. L'utérus étant ainsi solidement fixé, la main droite est introduite entièrement dans le vagin ; on facilitera cette introduction en plaçant la main en cône. On tente alors de faire pénétrer l'index seul ou accompagné du médius dans la cavité utérine ; le col doit donc être suffisamment perméable, surtout qu'il est nécessaire de faire pénétrer le doigt jusqu'au fond de l'utérus. S'il ne l'est pas, il faut le dilater, soit avec un ballon de Champetier de Ribes, soit avec des tiges de Hegar ; il faut éviter de se servir de dilatateurs à branches divergentes.

L'index peut alors à son aise explorer la cavité utérine ; il détache le contenu de l'utérus, placenta, débris de cotylédons ou de membranes, caduque hypertrophiée. Ce travail doit être fait méthodiquement, sur les deux faces, les bords, le fond et les cornes ; il sera bon aussi de changer de main, chaque main ne nettoyant bien que la moitié utérine du même nom. Budin recommande de ne pas se servir de l'ongle, mais de travailler avec la pulpe des doigts, ce qui est moins dangereux, ou avec leur bord radial ; s'il s'agit d'adhérences très intimes, il faut pétrir les débris contre la paroi de la matrice, afin de les décoller.

Lorsque tous les débris sont détachés, on peut les extraire, au moyen de l'*Expression abdomino-vagi-*

nale préconisée par Budin : tandis qu'une main est placée au-dessous du col, l'autre main appliquée sur l'abdomen comprime le fond de l'utérus. Une dernière exploration permet de constater que la muqueuse utérine est parfaitement lisse, sinon il faut recommencer.

Nous croyons qu'il est préférable de ne pas se servir pour le curage digital du gant de caoutchouc, comme l'a recommandé M. Demelin (1), le doigt a besoin de toute sa sensibilité pour bien nettoyer l'utérus. D'autres auteurs, Chavanne, Faix, ont proposé d'armer le doigt d'une *curette digitale*, dont le travail est contrôlé par la face palmaire du doigt : mais le simple curage digital fait courir moins de risques et donne d'aussi bons résultats.

Ecouvillonnage. — On complète le curage digital par un écouvillonnage et un attouchement à la glycérine créosotée. L'écouvillonnage ne présente aucune difficulté, ni aucun danger ; il entraîne ce qui reste de débris dans la cavité utérine et surtout les membranes qui viennent s'enrouler autour de l'écouvillon. On peut se servir de l'écouvillon en crins de Doléris ; mais Budin lui reproche de se ramollir trop facilement et préfère utiliser de gros écouvillons en côtes de plumes, plus résistants, que l'on plonge dans une solution froide de sublimé au moment de s'en servir. Avant d'introduire l'écouvillon, il

(1) Société d'obstétrique de Paris, 1906.

est bon de recourber légèrement la brosse, ce qui facilitera sa pénétration, et aussi l'extrémité extérieure pour la tenir plus aisément. On attire le col au moyen d'une pince de Museux, fixée sur la lèvre antérieure et on l'entraîne jusque près de la vulve ; sauf, bien entendu, lorsqu'il existe déjà de la pelvi-péritonite avec utérus fixé, immobilisé, afin de ne pas détruire le travail de défense. On introduit l'écouvillon lentement, par un mouvement de yrille ; puis on lui imprime des mouvements de haut en bas et de bas en haut, ainsi que des mouvements de rotation, de manière à bien nettoyer toute la surface de la muqueuse, parois et fond. On le retire de la même façon qu'on l'a introduit. On recommence ainsi avec deux ou trois écouvillons, s'il est nécessaire, jusqu'à ce que la muqueuse utérine soit bien lisse, ce qu'un toucher permettra de reconnaître ; il ne reste plus qu'à faire l'attouchement de la muqueuse avec un ou deux écouvillons trempés dans la *glycérine créosolée au 1/3* et comme ce médicament est caustique, on pratiquera en même temps une irrigation vaginale.

Doit-on terminer par le *tamponnement* de la cavité utérine ? Et n'y a-t-il pas danger à s'opposer ainsi au drainage d'une cavité septique ? En réalité, le tamponnement à la gaze stérilisée n'empêche pas la température de descendre, si on a soin de le retirer douze heures après environ, et il est bon de le pratiquer, si l'écouvillonnage a provoqué une petite hémorrhagie.

Soins consécutifs. — Aussitôt l'opération terminée, la femme sera mise au repos. On peut voir survenir un *frisson* dans les heures qui suivent et la température s'élever brusquement à 39, 40°. Mais on ne doit pas s'inquiéter, car dès le lendemain, la température retombe souvent à la normale. On retire le tampon utérin au bout de douze heures environ et on fait une injection intra-utérine iodée. On pourra répéter cette injection matin et soir, jusqu'à ce que le col se ferme ; mais le plus souvent, l'injection vaginale est bien suffisante.

Tel est, en résumé, comme nous l'avons vu si souvent pratiquer, le traitement de l'infection utérine d'origine puerpérale. A une grande simplicité de technique, il joint une innocuité absolue et permet de nettoyer complètement l'utérus : les résultats obtenus le prouvent d'ailleurs abondamment.

RÉSULTATS

Après le curage digital, suivi d'écouvillonnage, en dehors du frisson qui peut survenir et qui ne doit pas inquiéter, on voit généralement l'état de la femme s'améliorer rapidement. Dès le lendemain, le pouls se ralentit et la température descend ; le col se referme vite et la malade est guérie six ou sept jours après l'intervention. De nombreuses observations montrent que :

1^o La température descend *brusquement* ; dès le lendemain, elle est revenue à la normale et s'y maintient dans les jours suivants jusqu'à la guérison qui est rapide.

2^o Souvent la température descend d'une *façon continue*, progressivement, celle du soir étant moins élevée que celle de la veille.

3^o Quelquefois enfin, la chute a lieu en *lysis*, et les résultats sont aussi très satisfaisants.

Ces résultats si brillants sont surtout obtenus lors-

qu'on est intervenu rapidement, dès le début de l'infection ; il n'en est plus de même si l'on a attendu trop longtemps ; l'infection a dépassé l'étape utérine, s'est généralisée, les toxines ont envahi l'organisme tout entier. Dès lors l'abaissement de la température n'est plus immédiat ; il se fait *lentement*, peu à peu et cela d'autant moins vite qu'on a attendu plus longtemps.

Une des conditions du succès est l'*intervention rapide*, dit Budin. Et même il vaut mieux ne pas attendre les premiers signes d'infection pour intervenir, si on a des raisons de la craindre, rupture prématurée des membranes, rétention de débris, avortement criminel ou même simplement suspect.

Dans les cas où la femme est amenée à l'hôpital, infectée depuis un temps plus ou moins long, il faut, en dehors du traitement local, qui parfois même peut être dangereux ou inutile, soutenir la défense de l'organisme par des injections de sérum physiologique, le collargol en injection intra-veineuse.

Statistiques. — Pour connaître la valeur du curage digital suivi d'écouvillonnage et les résultats que cette méthode donne dans le traitement de l'infection puerperale, il suffit de jeter un coup d'œil sur les statistiques.

D'après celle que M. Maygrier a présentée à la Société d'obstétrique de Paris, en novembre 1901, sur 6.627 femmes (dont 5.592 ont accouché à terme ou

avant terme et 635 ont avorté), 392 ont présenté de l'infection et 44 sont mortes. D'où mortalité globale pour infection, de 0,66 %. Mais sur ces 44 femmes, 35 étaient arrivées à l'hôpital infectées, 9 seulement infectées à l'hôpital. D'où mortalité par infection contractée dans le service 0,13 %.

Sur ces 392 malades : 331 ont été traitées par le curage digital suivi d'écouvillonnage ; 61 n'y ont pas été soumises ; 49 ont guéri à l'aide de simples injections intra-utérines et 12 ont succombé, sans qu'il y ait indication au curage utérin. Sur les 331 écouvillonnages, dans 74 cas il s'agissait d'accouchements, dans 257 d'avortements : 299 femmes ont guéri ; 32 sont mortes (dont 27 arrivées de la ville, infectées 20 après avortement, 7 après accouchement.

Donc plus de 90 % de guérison.

D'après la statistique du service d'isolement de la clinique Tarnier, publiée par le docteur Perret, dans les « Annales de la société obstétricale de France », 1902, du 1^{er} novembre 1900 au 1^{er} novembre 1901, 275 femmes ont été traitées. Chez 31 d'entre elles, grâce à des injections ou à un curage digital suivi d'écouvillonnage, la température n'a pas dépassé 38°. Sur 127, traitées au service d'isolement pour infection puerpérale, 48 sont arrivées à la clinique déjà infectées ; une seule a succombé, soit une mortalité de 2,1 %. Parmi les 79 autres, une est morte. Donc, mortalité de 1,26 %.

Le nombre de femmes accouchées à la clinique est de 1,710 ; une seule a succombé à l'infection, donc mortalité de 0,05 %.

OBSERVATIONS

A l'appui de cette thèse, nous apportons quelques observations, recueillies dans le service de M. Maygrier, à la Charité, et grâce à l'obligeance de M. Metzger, interne des hôpitaux ; nous avons surtout eu l'occasion d'observer des cas d'infection post-abortive, ayant nécessité le nettoyage de l'utérus par le curage digital suivi d'écouvillonnage.

Dans quelques cas, on peut voir la température tomber brusquement, à la suite d'une simple injection intra-utérine.

OBSERVATION I

(PERRET, *Annales de la Société obstétricale de France*).

Malade accouche spontanément le 3 septembre 1901, d'un enfant bien portant du poids de 3.500 grammes ; la délivrance se fait une demi-heure plus tard. Le 4^e jour après l'accouchement, la température s'élève à 37°6 le matin, et 39°6 le soir.

On transporte la malade au service d'isolement. Le col est ouvert, la surface d'insertion placentaire irrégulière ; mais aucun débris, seulement quelques caillots sans odeur. On fit une grande injection antiseptique et dès le lendemain, la température tomba à 36°8 et resta normale jusqu'à la sortie de la malade. On continua les injections intra-utérines pendant deux jours ; mais le col utérin s'étant refermé, on ne fit plus que des injections vaginales.

OBSERVATION II

(RIOU, thèse de Paris 1902.)

Joséphine V., 23 ans, cuisinière, primipare, accouche spontanément le 19 avril 1901, à 6 h. 50 du soir, d'un garçon vivant, pesant 3.270 grammes, qui se présente en OIGA.

Le 25 avril, c'est-à-dire le 6^e jour après l'accouchement, la température jusque-là normale atteint 37°6 le matin et 38° le soir ; le col est perméable ; sur la face antérieure de la cavité utérine qui est lisse partout existe un petit caillot qu'une injection utérine suffit à détacher. Le lendemain, la température, normale le matin, atteint 37°9 le soir ; on fait une nouvelle injection intra-utérine. Dès lors, les suites de couches deviennent normales ; la malade quitte la Clinique le 30 avril, 11 jours après son accouchement .

OBSERVATION III

(RIOU.)

Elise A., 33 ans, IIIpare. Ses deux premiers accouchements se sont terminés spontanément à terme. Pour cette grossesse, elle perd les eaux le 3 juin à 3 heures du soir et accouche spontanément le 5 juin à 1 h. 25 du matin d'un garçon de 2.880 grammes.

Le 7 juin, c'est-à-dire deux jours après l'accouchement, la température jusque-là normale, atteint brusquement dans la soirée 38°5. On fait une injection intra-utérine qui ramène de petits caillots et dès le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Mais le plus souvent, les injections intra-utérines sont insuffisantes et il faut avoir recours au curage digital, suivi d'écouvillonnage. Après cette intervention, la température retombe brusquement ou progressivement.

OBSERVATION IV

B..., 29 ans, concierge, entre le 25 octobre 1907, à midi, ayant expulsé la veille un embryon de deux mois et demi environ. Elle a eu deux accouchements normaux à terme en 1900-1902.

A l'arrivée, la température est de 40° ; frissons.

Curage digital suivi d'écouvillonnage.

Le soir, la température est de 39°3.

Le lendemain matin, 39 ; le soir 38°8. Puis la température tombe d'une façon continue.

OBSERVATION V

E.:., 28 ans, couturière, primipare, entre le 10 mai 1907, à 9 heures du soir, ayant expulsé un embryon de deux mois et demi environ, depuis plusieurs jours, dit-elle (?)

A l'arrivée, la température est de 37°9. *Rétention de placenta*. On fait un curage digital suivi d'écouvillonnage ; le lendemain matin, la température est de 37° et ne remonte plus.

OBSERVATION VI

M.:., 21 ans, cuisinière, primipare, entre le 1^{er} juin à minuit et demi ayant fait la veille un avortement de deux mois environ.

A l'arrivée, le col est fermé, la température est de 38°8. Dilatation du col avec bougies de Hegar. Curage digital, suivi d'écouvillonnage.

Le lendemain, la température est de 38° le matin, 37°8 le soir ; le surlendemain matin, elle tombe à la normale et ne remonte plus.

OBSERVATION VII

W:::, 44 ans, ménagère, IX pare, entre le 9 juillet 1907, à 2 h. 30 le soir, ayant fait le matin le premier temps d'un avortement de trois mois environ.

Elle a eu 8 grossesses antérieures, et a actuellement 6 enfants vivants. Elle a commencé à perdre le 7 juillet.

A l'arrivée, col perméable permettant de sentir le *placenta non décollé* ; la température est de 38°2.

On fait 500 grammes de sérum en présence d'anémie de la malade. A 5 heures, extraction du placenta ; curage digital suivi d'écouvillonnage. La température tombe dès le lendemain matin, à 37°4 et le soir à 37°.

OBSERVATION VIII

E:::, 26 ans, domestique, primipare, entre le 15 août 1907, à 5 heures du soir, ayant des douleurs ; elle est enceinte de 4 mois environ et perd du sang depuis le matin.

A 7 heures, elle expulse un embryon du poids de 350 grammes, puis peu après le placenta du poids de 150 grammes. La température est de 39°5.

Curage digital, écouvillonnage.

La température tombe dès le lendemain matin à 37°3 pour ne plus remonter.

OBSERVATION IX

D..., 33 ans, couturière, III pare, entre le 19 avril 1907, à 10 heures du soir, ayant fait le premier temps d'un avortement de trois mois environ, la veille à 3 heures du soir.

Elle a eu une première grossesse en 1901 et est accouchée à 6 mois et demi d'un enfant qui n'a pas vécu. Un accouchement normal à terme en 1903.

A l'arrivée, le col est entrouvert ; le placenta est *partiellement décollé* ; la température est de 38°2.

On fait 500 grammes de sérum ; puis extraction du placenta. Ecouvillonnage.

Le lendemain, la température tombe à 37°1.

OBSERVATION X

D..., 24 ans, blanchisseuse, III pare, entre le 20 juin 1907, à 10 heures du matin, perdant du sang depuis plusieurs jours.

A eu un accouchement normal à terme en 1900 ; un avortement de cinq mois en 1906.

Actuellement, DR du 6-14 mars 1907.

A l'arrivée, la température est de 38°2. Col dilatable, utérus de 3 mois environ. Le soir, la température est de 39°2 ; le lendemain matin, elle monte à 40°6. On dilate alors le col avec bougies de Hégar, on extrait un *embryon macéré* de 100 grammes avec placenta de 70 grammes (?) Curage suivi d'écouvillonnage.

La température tombe à 38°2 le soir et le lendemain matin à 37°9, soir à 37°, et s'y maintient.

OBSERVATION XI

T:::, 20 ans, modèle, primipare, entre le 16 août 1907, à 4 heures et demie du soir.; ayant fait un avortement depuis quelques jours (?)

A l'arrivée, elle perd du sang; mais l'utérus a un col fermé à l'orifice interne; la température est de 38°1; la malade étant anémiée, on fait 400 grammes de sérum, la température reste élevée pendant trois jours. On pense à une rétention de débris placentaires. Le col est dilaté avec des bougies de Hégar; on extrait quelques débris; puis écouvillonnage. La température tombe le lendemain.

OBSERVATION XII

(PERRET, Annales de la Société obstétricale de France, 1902.)

B:::, primipare, accouche spontanément le 22 mars 1901, à 2 h. 55 du soir, d'un enfant mort et macéré. La délivrance a lieu à 3 h. 20 du soir: placenta complet, mais il manque toute la caduque et une partie du chorion.

Le 23 mars, la température est de 36°8, matin et soir.

Le 24 mars, matin 36°5; le soir, 38°2. On fait un lavage de la cavité utérine précédé de curage digital. La température tombe à 36°8, le 25 mars au matin, pour remonter le soir à 38°5.

La femme monte à l'isolement ; on fait un curage digital, suivi d'écouvillonnage.

Le lendemain, 26 mars, la température tombe brusquement à 36°6. Injection intra-utérine. Le soir, 36°8 ; on fait une nouvelle injection, et le 27, on ne fait que des injections vaginales, le col étant refermé et la température restant au-dessous de 37°.

OBSERVATION XIII

(PERRET.)

Amélie F..., 32 ans, secondipare, parents morts de bacillose. Elevée au biberon, chorée à 5 ans. Régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans.

Première grossesse à 30 ans, terminée spontanément, enfant vivant, qui est mort à 6 mois et demi de diarrhée.

Grossesse actuelle. — DR : 28 septembre 1900. Grippe pendant la grossesse. Urines albumineuses. La malade entre en travail le 14 mars 1901, à 11 heures du soir ; arrive à la Clinique le 15 mars à 1 heure du soir, ayant perdu les eaux le matin à 9 heures. Le col est largement ouvert ; le fœtus est placé transversalement.

Terminaison spontanée le 17 mars à 9 heures matin, après un travail qui a duré 58 heures. Délivrance naturelle *incomplète* ; le fœtus et le placenta sont *horriblement fétides*.

Une heure après l'accouchement, la malade est prise d'un grand frisson qui dure une demi-heure. La température axillaire est de 39°2. Elle est aussitôt montée à l'isolement où Budin fait faire à M. Chéron, le nettoyage de la cavité utérine. Le curage digital et l'écouvillonnage ramènent des débris fétides.

Tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée. Dès le soir, la température tombe à 37° et jusqu'à la sortie de la malade, elle n'a pas dépassé 37°.

Le 19, on cesse les injections utérines, le col étant fermé ; la malade est descendue dans les salles le 22, complètement guérie.

Dans quelques cas, la température tombe en lysis. Résultats favorables.

OBSERVATION XIV

H.:., 26 ans, ménagère, V pare, entre le 19 novembre 1907, à 10 heures du matin, ayant fait un avortement de deux mois et demi environ, depuis.

A eu trois accouchements normaux en 1903, 1904, 1905.

En mars 1907, avortement de deux mois chez elle.

A l'arrivée, la température est de 37°5 ; perd du sang depuis le 28 octobre ; le col est fermé, mais dilatable ; le soir, la température est de 39°.

Dilatation du col avec bougies de Hégar, extraction de débris. Curage. Ecouvillonnage.

Le 20, la température tombe à 37°5. Mais elle remonte le lendemain matin à 38°, redescend le soir à 37°4.

Le 22, elle remonte à 37°8 et tombe ensuite à la normale où elle se maintient.

OBSERVATION XV

(PERRET.)

L.:., 25 ans, primipare, accouche spontanément le 16 janvier, à 5 h. 25 du soir, d'un enfant mort, 3.400 gram-

mes. La délivrance se fait naturellement à 6 h. 15, complète. Le 20, la température monte à 38°5 le matin. On extrait quelques caillots et on fait une injection antiseptique. Le soir, la température descend à 37°2.

Le 21, la température est de 37° matin, 37°8 soir ; on fait un nouveau lavage.

Le 22, la température est de 36°8 matin, 38°8 soir ; nouvelle injection.

Le 23, la température qui était de 37° le matin, monte à 40° le soir ; Isolement. Curage. Ecouvillonnage: La température tombe à 37° le lendemain matin ; mais elle remonte à 40° le soir ; injection intra-utérine.

Le 25, la température tombe définitivement.

On peut remarquer que dans cette observation, les injections intra-utérines ont été insuffisantes à faire céder les phénomènes infectieux et qu'à la suite du curage et écouvillonnage, la température est tombée presque immédiatement.

Dans les deux observations qui vont suivre, la température, au lieu de tomber rapidement, ne tombe que peu à peu ; l'infection a déjà commencé à se généraliser.

OBSERVATION XVI

M:::, 26 ans, couturière, secondipare, entre le 24 nov: 1907, à 10 h. 45 soir, ayant expulsé un embryon de 2 mois environ le 20 novembre.

Un accouchement normal à terme en 1901.

A l'arrivée, la température est de 39°. *Rétention de placenta.*

Curage digital, suivi d'écouvillonnage.

Le lendemain : matin 38° ; soir 37°.

Le 26 : matin, 38° ; soir 37°3.

Le 27 : matin 37°, mais le soir 38°.

Pendant les quatre derniers jours qui suivent, la température descend le matin et remonte le soir, et ce n'est que le 31 qu'elle redevient et reste normale.

OBSERVATION XVII

(In Obstétrique du 15 juillet 1901.)

Er... 25 ans, multipare. Mère morte d'affection pulmonaire ; elle-même élevée au sein maternel, régulièrement réglée depuis 14 ans.

Deux grossesses précédentes, terminées spontanément par naissance d'enfants vivants. La première fois, on dut faire la délivrance artificielle, les suites des couches ont été physiologiques.

La grossesse actuelle s'est terminée spontanément le 24 juillet 1900, à 11 h. 20 du matin, après un travail qui a duré 6 h. 20, par la naissance d'un enfant vivant, 3.110 grammes, qui se présentait en OIDP. Les membranes furent rompues artificiellement à la dilatation complète. Délivrance naturelle qu'on croit complète, à midi.

Température axillaire normale le 24 et le 25 ; atteint 38° le soir du 26 et 38°8 dans l'après-midi du 27.

Le Docteur Schwab pratique l'exploration utérine, extrait des caillots et des débris placentaires et donne une injection intra-utérine au sublimé.

Le 28 au matin, 37°2 ; soir, 39 ; pouls 104. Injection utérine.

Le 29 au matin, 37°4 ; soir 38°6. M. Schwab fait alors un curage digital qui lui permet d'extraire de nombreux

débris placentaires et de la caduque. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Pendant les quatre jours qui suivent, la température descend le matin, mais remonte le soir, faisant ainsi une série d'oscillations *progressivement descendantes*. Ce n'est que le 9 août qu'elle redevient et reste normale. Les injections intra-utérines pratiquées matin et soir sont supprimées trois jours après l'écouvillonnage, le col étant fermé.

La femme quitte le service le 13 août 1900, en bon état.

Les quelques observations qui suivent sont des observations *d'avortements criminels avoués*, et traités par le curage digital, suivi d'écouvillonnage. Les résultats sont aussi très satisfaisants.

OBSERVATION XVIII

C...; 21 ans, domestique, primipare, entre le 15 mai 1907, à 1 heure et demie du soir, perdant du sang, et disant avoir fait elle-même l'avant-veille une *injection intra-utérine* pour provoquer l'avortement.

Elle perd du sang depuis la veille. A l'arrivée, la température est de 39°2. A 6 heures du soir, expulsion d'un embryon de six semaines environ (20 grammes). A 9 h. 30, dilatation du col avec bougies de Hégar et extraction du placenta. Curage digital, suivi d'écouvillonnage. La température tombe à 38°7 le lendemain matin, à 37°3 le soir et puis à la normale.

OBSERVATION XIX

B... , 22 ans, cuisinière, secondipare, entre le 29 mai 1907, à 3 heures du soir, disant avoir fait des injections et pris des *médicaments*, réputés abortifs.

A eu un accouchement à terme en 1906 ; enfant abandonné. Elle souffre depuis le 26 mai et perd du sang.

A l'arrivée, le col est effacé et dilaté. Expulsion d'un embryon de 3 mois environ (130 grammes) ; à 6 heures du soir, puis du placenta (230 grammes), le tout *extrêmement fétide*. La température est de 38°6.

Curage digital. Ecouvillonnage.

La température tombe le lendemain matin à 37°4, remonte le soir à 37°, puis redescend à la normale progressivement.

OBSERVATION XX

C... , 23 ans, domestique, secondipare, entre le 27 juin 1907, à 9 heures et demie du soir, disant avoir fait des *injections intra-utérines avec de l'eau non bouillie*.

A eu un accouchement normal à terme en janvier 1902.

A l'arrivée, col perméable ; la température est de 38°5.

Dilatation du col avec bougies de Hégar. Extraction d'un embryon, puis d'un placenta de trois mois environ.

Curage digital. Ecouvillonnage.

La température, le lendemain, se maintient à 38° le matin, 38°2 le soir. Mais le 29, elle tombe à 37°3 le matin, 37° le soir et s'y maintient.

OBSERVATION XXI

M:::, 30 ans, femme de chambre, primipare, entre le 8 juillet 1907, à 6 heures du soir, *avouant avoir introduit dans son col un crochet en os*, puis à deux reprises, avoir pris de l'huile de ricin et de l'eau-de-vie allemande. Elle a expulsé un embryon depuis.

A son arrivée, le col est perméable, mais le placenta est retenu. Extraction de ce placenta. Curage digital: Ecouvillonnage. La température qui est de 37°9, tombe le lendemain à la normale.

On fait 400 grammes de sérum.

OBSERVATION XXII

Y:::, 26 ans, domestique, primipare, entre le 17 octobre 1907, à 9 heures du soir, avouant avoir fait elle-même, dans la matinée, une *injection au permanganate*; depuis elle perd du sang et a des douleurs.

A l'arrivée, la température est de 37°8. Avortement non fait.

Le 18 octobre à 1 heure du matin, expulsion d'un fœtus de 3 mois environ; à 10 heures, expulsion du placenta; rétention des membranes, fétidité de l'œuf. Curage digital. Ecouvillonnage, car la température s'est élevée à 40°; elle tombe le lendemain matin à 37°4 et ne remonte plus.

CONCLUSIONS

Le curage digital, suivi d'écouvillonnage donne dans le traitement de l'infection puerpérale, d'excellents résultats.

1° Il est indiqué, après l'accouchement, ou après l'avortement, dès qu'apparaissent les premiers phénomènes d'infection.

a. Si l'injection intra-utérine a été insuffisante à les faire céder ;

b. D'emblée, si l'on soupçonne la présence de débris dans la cavité utérine ;

2° Il est encore indiqué dans certains cas, même avant l'éclosion de toute manifestation infectieuse, dès que l'on a des raisons sérieuses de craindre l'infection (rupture prématurée des membranes, rétention de débris, etc.), et surtout *avortement criminel* ;

3° En outre, il permet parfois de compléter le diagnostic. Il présente l'avantage d'avoir une technique simple, d'être d'une innocuité absolue, et d'assurer un nettoyage parfait de la cavité utérine.

4° Les résultats montrent que le traitement *pré-cocce* est surtout efficace. La température tombe brusquement ou d'une façon continue, ou quelquefois en lysis ; l'utérus revient rapidement à la normale.

5° Si l'infection commence à se généraliser, la température ne tombe pas aussi régulièrement. Mais, même dans ce cas, si l'écouvillonnage ne peut arrêter l'évolution des accidents, du moins on peut espérer qu'il ne se produira plus de nouveaux germes dans l'utérus, et qu'on n'aura plus à lutter que contre l'infection générale.

Vu : *Le Président de la thèse,*
RIBÉMONT-DESSAIGNES.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Audebert.** — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive. (Thèse de Bordeaux, 1890).
- Bar et Jeannin.** — Suites de couches pathologiques. (La pratique de l'art des accouchements).
- Baudin.** — Etude du traitement de l'infection puerpérale. (Thèse de Paris, 1901).
- Bausset (Eugène).** — Avortement criminel. (Thèse de Paris, 1907).
- Budin.** — Du Traitement de l'infection puerpérale. (Académie de Médecine, juillet 1901).
- Casteret (Léonce).** — De l'écouvillonnage préventif dans l'Avortement. (Thèse de Paris, 1900).
- Chaleix.** — Traitement de l'avortement incomplet (Thèse de Bordeaux, 1896).
- Chartier.** — Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus, (Thèse de Paris, 1889).
- Chavane.** — Curage et curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. (Annales de la Société obstétricale de France, 1902).
- Clement (Pierre).** — Essai sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale (Thèse de Paris, 1907).
- Demelin.** — Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement du 3^e au 4^e mois (Revue générale de clinique (30 mai 89.)
- Du curage digital dans le traitement de l'infection puerpérale (Bulletin de la société d'obstétrique de Paris, le 19 Avril 1906).
- Doleris.** — Conduite à tenir dans l'avortement (Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie Mai, Juin, 1886).
- Traitement de l'avortement incomplet (Semaine gynécologique, 18 Mai 1897).
- Dubrisay-Jeannin.**

- Faix.** — Présentation d'une curette digitale. (Bull. de la société d'obstétrique de Paris, 15 Avril, 1906).
- Gheorgiu.** — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale (Thèse de Paris, 1900).
- Jeannin.** — Traitement de l'infection puerpérale (Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques 1905).
- Lucas.** — Traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet (Thèse de Paris, 1896).
- Marmasse.** — Du curettage dans les accidents des suites de couches (Thèse de Paris, 1895).
- Maygrier.** — Société obstétricale et gynécologique de Paris, 8 juillet 1897.
- Pronostic et traitement de l'Avortement criminel (Annales de la société obstétricale de France 1902).
- Perret.** — L'Infection puerpérale au service d'isolement de la clinique Tarnier (Annales de la société obstétricale de France 1902).
- Pinard et Wallich.** — Traitement de l'infection puerpérale. (Paris 1906).
- Porak.** — Bulletin de la société d'obstétrique de Paris (juillet 1901).
- Ribemont Dessaignes et Lepage.** — Précis d'obstétrique.
- Rigal.** — Traitement de la fièvre puerpérale (contribution à l'étude du (Thèse de Paris 1902).
- Riou.** — Les divers traitements de l'infection puerpérale et le Curage digital suivi d'écouvillonnage (Thèse de Paris 1902).
- Tarnier.** — Traitement de l'infection puerpérale (Bibl. Médical 1895).
- Turpin Aug.** — Traitement de l'infection puerpérale (Annales de gynécologie et d'obstétrique, Août 1907).
-

ANGOULÈME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET C^{ie}
